



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

LÍVIA SHÉLIDA PINHEIRO RODRIGUES

**BAIXA LUMINOSIDADE EM SALA DE PARTO:
VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS**

**CAMPINAS
2016**



LÍVIA SHÉLIDA PINHEIRO RODRIGUES

BAIXA LUMINOSIDADE EM SALA DE PARTO: VIVÊNCIAS DE
ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

ORIENTADORA: ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA LÍVIA SHÉLIDA PINHEIRO RODRIGUES, E ORIENTADO PELA
PROFa. DRa. ANTONIEA KEIKO KAKUDA SHIMO.

CAMPINAS

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica

Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Rodrigues, Livia Shélida Pinheiro, 1983-

R618b Baixa luminosidade em sala de parto : vivências de enfermeiras obstétricas

/ Livia Shélida Pinheiro Rodrigues. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Antonieta Keiko Kakuda Shimo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Iluminação. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Percepção. 4. Pessoal de saúde. 5. Pesquisa qualitativa. I. Shimo, Antonieta Keiko Kakuda, 1953-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Low light in the delivery room : experiences of obstetric nurses

Palavras-chave em inglês:

Lighting

Obstetric nursing

Perception

Health personnel

Qualitative research

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Antonieta Keiko Kakuda Shimo [Orientador]

Elenice Valentim Carmona

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

Data de defesa: 19-08-2016

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

LÍVIA SHÉLIDA PINHEIRO RODRIGUES

ORIENTADOR: ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO

MEMBROS:

1. PROFA. DRA. Antonieta Keiko Kakuda Shimo

2. PROFA. DRA. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz – EERP-USP

3. PROFA. DRA. Elenice Valentim Carmona - UNICAMP

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 19/08/2016

Dedicatória

À MARIA ELIANE, minha mãe, por sempre me dar apoio, ensinamentos, incentivo, amor, companhia e empoderamento.

A todas as mulheres, por sua fortaleza e sensibilidade.

Agradecimentos

À minha orientadora, Profª Drª Antonieta Keiko Kakuda Shimo, pelos ensinamentos, amizade, paciência, incentivo e solicitude.

Ao meu pai Paulo, meu padrasto Francisco Marcos, minha mãe Maria Eliane, minha irmã Emilianiana, meus irmãos Plínio e Gustavo, meu sobrinho Murilo, meus avós, tios (as) e primos(as) por serem o meu alicerce.

À minha amiga e colega de trabalho Michelle Gonçalves, pelo apoio, amizade e pela troca de conhecimento constante, em todas as fases de construção deste estudo.

Às minhas amigas e colegas de profissão Ângela Palmeira, Simone Margheri e Joyce Camargo, por seu incentivo, amizade e apoio ao meu aprendizado como enfermeira obstétrica.

Ao Paulo, meu namorado e amigo, por sua companhia e compreensão, pelos seus ensinamentos, como pesquisador e pelo seu amor.

A todos os membros do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-Nascido da FENF-UNICAMP, por compartilharem seu saber, suas experiências e sua amizade.

Aos membros da banca examinadora de qualificação e defesa pela participação e importante contribuição.

Às parturientes participantes, pela confiança e contribuição.

Aos profissionais que participaram deste estudo, pelo seu tempo, gentileza e boa vontade.

À equipe de Enfermagem, às enfermeiras Gisele Claro e Michelle Marcelino, aos médicos Hermes Uejo e Viviane Borguetti e a todos os profissionais que atuam no Centro Obstétrico e na supervisão de enfermagem e médica do Hospital Municipal Alípio Correa Netto, pelo apoio e incentivo.

Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem – UNICAMP, representado pela Coordenadora Profª Drª Maria Filomena Ceolim e todos os professores e funcionários, por fazerem parte da minha trajetória como estudante e pesquisadora.

Epígrafe

“Donde no puedas amar, no te demores”

Frida Kahlo

“Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses”

Rubem Alves

Resumo

Introdução: O parto é um momento único na vida da mulher, um momento que envolve mudanças físicas, psicológicas, emocionais e espirituais. Para o profissional que o assiste é também um acontecimento que envolve emoções diversas. Dentre elas sua relação com o parto e nascimento, seus valores, seu relacionamento/vínculo com a parturiente, com os demais profissionais, com o acompanhante e com o ambiente em que estão inseridos. A baixa luminosidade em sala de parto surge como uma opção de atendimento no contexto da humanização em obstetrícia. Assim, consideramos importante conhecer a influência desse ambiente na assistência oferecida pelo profissional que atende ao parto.

Objetivo: Compreender as vivências de enfermeiras obstétricas que atenderam ao parto em ambiente com baixa luminosidade. **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Realizou-se entrevista gravada, em áudio, com as enfermeiras obstétricas que atenderam ao parto sob baixa luminosidade, em que foi lançada a questão norteadora “Como foi para você a experiência de atender a um parto em ambiente com baixa luminosidade?”. As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da técnica de análise temática de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Surgiram três temáticas apreendidas nas entrevistas, bem como subcategorias: 1- *Benefícios atribuídos à baixa luminosidade em sala de parto*, resultando nas subcategorias “Baixa luminosidade promovendo ambiente de tranquilidade e de conforto” e “Baixa luminosidade como estímulo à maior concentração da mulher e da equipe para o momento do parto”; 2- *Dificuldades atribuídas à baixa luminosidade em sala de parto*, resultando nas subcategorias “Dificuldades em relação ao ambiente e aos profissionais de saúde” e “Dificuldades relacionados à parturiente”; 3- *Percepção dos profissionais sobre sua própria assistência*, que compreende o modo como as enfermeiras obstétricas enxergaram sua forma de atender em ambiente de baixa luminosidade. **Conclusões:** A baixa luminosidade em sala de parto foi percebida como um método mais humanizado e como uma alternativa possível de atendimento ao parto, sendo associada à tranquilidade, conexão e atenção ao momento vivido pela mulher e seu bebê. Surgiram como dificuldades: a dinâmica de trabalho do estabelecimento de saúde, a intervenção de alguns profissionais, a falta de preparo da parturiente e a insegurança do profissional que atende ao parto. Faz-se necessária a produção de mais estudos sobre efeitos da iluminação no processo parturitivo, de métodos alternativos e respeitosos de assistência, bem como melhoria da informação e do cuidado fornecidos à gestante no atendimento de pré-natal, além de investimento em desenvolvimento de infraestrutura para esta proposta e de protocolos assistenciais nos estabelecimentos de saúde que atendem ao parto e nascimento.

Linha de pesquisa: O processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Tema: Saúde da mulher

Descritores DeCS/MeSH: Iluminação; Enfermagem Obstétrica; Percepção; Pessoal de Saúde; Pesquisa Qualitativa.

Abstract

Introduction: The parturition is an unique moment in the woman's life, a moment that includes physical, psychological, emotional and spiritual changes. For the professional who assists them, it's also an event which involves a lot of emotions. Among the professional emotions, there are his relationship with the labor and birth, his values, his relationship with the mother and other professionals, besides the woman companion and the environment in which they are inserted. The low light in the delivery room emerges as an option in the context of humanization in obstetrics. Thus, we consider important to know the influence of environment on the assistance offered by the professional attending the birth. **Objectives:** To understand the experiences of obstetric nurses who attended the delivery in low-light environment. **Method:** This is a qualitative, exploratory and descriptive research. For that, was conducted a recorded interview with obstetric nurses who attended the birth in low light, who answered the the guiding question: "How was the experience of attending a birth in low-light environment?" The interviews were transcribed and analyzed through content thematic analysis technique proposed by Bardin. **Results:** Three themes emerged during the analysis of the interviews: 1- Benefits attributed to low light in the delivery room, resulting in two subcategories: "Low light promoting a quiet and comfortable environment" and "Low light as a stimulus to the higher concentration of women and staff during the procedure"; 2- Difficulties attributed to low light in the delivery room, resulting in two subcategories "Considered difficulties in relation to the environment and health professionals" and "Considered difficulties related to the woman in labor"; 3- Perception of professionals about their own care, which understands how obstetrical nurses see your own care during the birth in a low light environment. **Conclusions:** The low light environment was perceived as a more humane method and as a possible alternative care during labor and birth, being associated with tranquility, connection and attention to the moment experienced by the woman and her baby. They emerged as difficult, the dynamics of the health facility work, the intervention of some professionals, the lack of preparation of the mother and the insecurity of some professionals attending the delivery. It is necessary to produce further studies on lighting effects in the birth process, alternative and respectful methods of care, improve care and information provided to pregnant women in prenatal care, as well as investment in improving infrastructure and care protocols of health facilities serving the delivery.

Key-words: Lighting; Obstetric Nursing; Perception; Health Personnel; Qualitative Research.

Sumário

1. Apresentação.....	11
2. Introdução.....	12
2.1 Iluminação hospitalar: um breve histórico.....	13
2.2 Iluminação em sala de parto.....	16
3. Objetivo.....	19
4. Método.....	19
4.1 Participantes do estudo.....	20
4.2 Cenário do estudo.....	21
4.3 Coleta de dados.....	21
4.4 Análise dos dados.....	22
4.5 Aspectos éticos.....	24
5. Resultados e discussão.....	24
5.1 Perfil das participantes do estudo.....	24
5.2 Percepção de enfermeiras obstétricas sobre o ato de atender ao parto em ambiente de baixa luminosidade.....	26
5.2.1 Benefícios atribuídos à baixa luminosidade em sala de parto.....	26
5.2.1.1 Baixa luminosidade promovendo um ambiente tranquilo	26
5.2.1.2 Baixa luminosidade como estímulo à maior concentração da mulher e da equipe para o momento do parto.....	28
5.2.2 Dificuldades atribuídas à baixa luminosidade em sala de parto.....	32
5.2.2.1 Dificuldades percebidas em relação ao ambiente e aos profissionais de saúde.....	33
5.2.2.2 Dificuldades percebidas relacionadas à parturiente.....	37
5.2.3 Percepção das profissionais sobre sua própria assistência.....	38
6. Considerações finais.....	42
7. Referências.....	45
8. APÊNDICE 1.....	49
9. ANEXO 1.....	52

1. Apresentação

O parto é um evento que desperta interesse e curiosidade das pessoas, pois trata-se de um contexto em que todos estaremos inseridos, mais cedo ou mais tarde, como mães, pais, amigos ou parentes. Mesmo que não aconteça nestas situações, nós já tivemos a experiência do próprio nascimento, ainda que não haja a lembrança.

O meu interesse por este momento extraordinário na vida do ser humano se deu durante a graduação em enfermagem, no terceiro ano letivo, em que estudei obstetrícia. O primeiro parto que tive a oportunidade de presenciar foi um parto cesárea. Mesmo podendo observar posteriormente a beleza de um parto normal, que para mim foi mais impactante, naquele momento não pude deixar de me emocionar diante da vida que nascia e se manifestava em um forte e vigoroso choro de bebê. Naquele momento não tive dúvidas: eu iria cursar uma especialização em obstetrícia.

Ao final do meu curso de graduação cursei a especialização em obstetrícia e fui aprendendo e me encantando a cada dia mais com a ciência do nascimento. Ao exercer a função de enfermeira obstétrica, tive a oportunidade de trabalhar em diferentes setores, como enfermaria de puerpério, centro de parto normal, centro obstétrico e também na atenção básica, em unidade básica de saúde.

Com cinco anos de experiência na área, senti a necessidade de aperfeiçoar meus conhecimentos e aprender a fazer pesquisa. Isto porque me inquietei ao perceber diferenças entre teoria e prática. Além disso, eu almejava uma maior compreensão da saúde da mulher e do meu papel como enfermeira. Assim, busquei uma pós graduação *stricto sensu*. Por meio de uma amiga, fui apresentada ao Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-Nascido da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), onde aprendi mais sobre evidências científicas e sobre pesquisa, tendo ingressado mais tarde no curso de mestrado.

O interesse pela ambiência em sala de parto surgiu durante reuniões do grupo. Uma participante do grupo já havia produzido um estudo sobre ruídos em sala de parto⁽¹⁾. Além do excesso de ruídos em sala de parto percebidos, discutimos no grupo sobre a escassez de produção científica a respeito, também, da

luminosidade em sala de parto, sobre como percebemos excesso de luminosidade nos ambientes de parto e sobre o uso da baixa luminosidade no atendimento à parturiente. Assim, surgiu a idéia de realizar estudos sobre este assunto, de modo que uma participante do grupo estudaria as mulheres que deram a luz em ambiente com baixa luminosidade⁽²⁾ e eu estudaria os profissionais que atenderam ao parto em ambiente de baixa luminosidade, o tema do presente estudo.

1. Introdução

O parto é um momento único na vida da mulher, um momento que envolve mudanças físicas, psicológicas, emocionais e espirituais. Dependendo da informação e/ou preparo para o parto que esta mulher adquiriu durante a vida e o período pré-natal, o enfrentamento desta situação se dará de maneiras diferentes. Para algumas, o parto será um momento especial, de grandes alegrias e boas recordações. Para outras, um momento de medo, angústia, solidão e dor⁽²⁾.

Cada vez mais, na atualidade, cresce o interesse das mulheres, de profissionais da saúde e do próprio governo brasileiro no atendimento obstétrico, principalmente no sentido de promover uma assistência mais humanizada no momento do trabalho de parto e parto, visando um atendimento individualizado e sem intervenções desnecessárias⁽³⁾.

Algumas das estratégias que se pode utilizar para viabilizar esse interesse são: capacitação de profissionais, para que exerçam boas práticas, baseadas nas evidências científicas atuais; a melhoria da estrutura física dos hospitais (cuidado com a ambiência) e, também, a sensibilização de quem atende a um momento tão especial quanto o trabalho de parto. Estes três fatores combinados provavelmente irão gerar um atendimento obstétrico satisfatório para mães e bebês⁽⁴⁾.

O ambiente do trabalho de parto e parto é sabidamente importante para a parturiente, pois qualquer fator que possa influenciar o neocórtex da mulher fatalmente atrapalhará o processo parturitivo, processo este em que a parte primal do cérebro, responsável pelos instintos, é mais ativada⁽⁵⁾. Porém, acredita-se ser importante que este ambiente seja adequado também aos profissionais que

atendem ao parto, pois profissionais estressados, em ambientes insalubres dificilmente terão asensibilidade, condições psico-emocionais e físicas necessárias para prestar um atendimento de forma humanizada.

Acredita-se que o momento do parto é, também para o profissional que o assiste, um acontecimento que envolve emoções de diversas naturezas como: sua relação com o parto e nascimento, seus valores, seu relacionamento/vínculo com a parturiente, com os demais profissionais, com o acompanhante e com o ambiente em que estão inseridos.

A diminuição da luminosidade é uma das formas utilizadas para modificar o ambiente de atendimento ao parto. A utilização desta estratégia é relatada na literatura desde os anos 70, tendo sido difundida pelo obstetra francês Leboyer, devido à percepção de alguns efeitos benéficos desta forma de atendimento para a mulher e para o bebê⁽⁶⁾.

No presente estudo, ao longo da revisão da literatura sobre iluminação e saúde, a maioria dos estudos foram encontrados na área de arquitetura hospitalar, que tem oferecido forte contribuição para a promoção da saúde e bem-estar por meio da modificação do ambiente de tratamento.

2.1 Iluminação Hospitalar: um breve histórico.

A preocupação da humanidade com a iluminação vem desde os primórdios da civilização. Na Antiguidade foram registrados os primeiros sistemas de medicina, ministrados primeiramente em casa, no Egito, e posteriormente em templos, na Grécia e Roma antigas⁽⁷⁾. Os templos-hospitais gregos, chamados de templos de Aesculapio, estavam inseridos em centros dedicados ao tratamento e divertimento, com ginásios e anfiteatros, livrarias, salas para visitantes, atendentes, padres e médicos. Junto aos templos existiam *stoas*, que são espaços cobertos, cercados por uma sequência de colunas, para abrigar os pacientes e garantir-lhes horas de luz ao sol^(7, 8).

Os hospitais cristãos, na Idade Média, acomodavam os pacientes em edifícios anexos às igrejas. Possuíam salas, que eram construções similares às igrejas, com amplo espaço interior não dividido, com janelas de ambos os lados. Estas salas abrigavam todas as funções sob o mesmo teto, contando inclusive com

um altar e substituíram os templos-hospitais. Posteriormente, a individualização dos espaços foi feita por meio de cortinas e divisórias de madeira^(8, 9). As enfermarias eram escuras, iluminadas apenas por pequenas janelas ou por archotes, uma espécie de tocha com haste e extremidade inflamável. As edificações possuíam paredes largas e longas, iguais às fortificações e prisões. Isso impedia a chegada da luz aos locais mais profundos. Naquele tempo, o ar era considerado contaminante: *veiculador de miasmas*. As novas descobertas da medicina acabavam de surgir e os antibióticos ainda não existiam. Os contrastes de luz e sombra conferiam um ar de terror e raramente alguém retornava daqueles ambientes, por isso eram chamadas de *Salle de Mourir*⁽¹⁰⁾.

Durante muitos séculos as enfermarias tiveram essa configuração limitada pela técnica construtiva até então conhecida e condicionada à iluminação e ventilação naturais. Algumas evoluções em relação à higiene aconteceram no período da Idade Moderna, com o Renascimento italiano e a arquitetura renascentista. As revoluções econômicas e sociais conduziram a um novo pensamento de valorização do ser humano, fundamental para a estrutura hospitalar, que passou a ser projetada a partir de uma nova atitude em relação às pessoas e seu estado de saúde⁽⁸⁾.

O controle político passou dos religiosos aos civis e havia também interesse econômico do Estado na cura dos homens para que voltassem às batalhas. Desta forma, foi adotada a tipologia palaciana, com corredores que favoreciam uma circulação mais organizada e certa privacidade aos pacientes, que também passaram a ser divididos por sexo e por patologias. O conforto térmico e iluminação foram modificados por meio de dutos e lareiras a base de queima de óleos, mesmo estes sendo poluidores do meio ambiente⁽¹¹⁾.

No século XIX, Florence Nightingale, enfermeira pioneira de muitos projetos de hospitais militares ingleses, propagou a importância da ventilação e da insolação pela Europa mobilizando muitos profissionais. Florence, conhecida como *a dama da lâmpada*, em seu livro *Notas Sobre Enfermagem (1859)*, discorreu sobre a importância de um ambiente arejado, limpo e com iluminação adequada: “Devemos admitir, sem entrar em explicação de cunho científico, que a luz tem efeitos verdadeiramente reais sobre o corpo humano”⁽¹²⁾.

Ela possibilitou maior controle da temperatura por meio da modificação das salas, projetou ventilações cruzadas e valorizou os corredores, de forma a fornecer janelas em ambos os lados da edificação, porque acreditava serem os meios certos para se obter luz natural e sol, compondo a atmosfera necessária para tratar os pacientes. O trabalho dessa enfermeira e a sucessão de descobertas iniciadas por Pasteur alteraram as ideias vigentes em relação à qualidade dos interiores: estes passaram a ser arejados e mais higienizados. A luz natural passou a ter mais importância porque além de trazer a noção de tempo ao paciente, necessária para que se orientasse, trouxe a sensação de liberdade e integração com a natureza. O calor do sol, nem sempre era desejado, mas reduziria a umidade dos ambientes, controlando a proliferação de microorganismos ⁽¹¹⁻¹³⁾.

Em meados do século XX, surgiu a preocupação com o desconforto visual pela necessidade do olho se acomodar às altas e baixas iluminâncias¹, decorrentes do contraste entre claro e escuro dos corredores iluminados com a luz natural⁽¹¹⁾. Como a luz natural direta trazia o calor nos dias frios e reduzia a contaminação ambiental, foi necessário controlá-la por meio de mecanismos de sombreamento nas aberturas, para quando os dias fossem muito quentes e para evitar o ofuscamento. Desde a década de 60, também no Brasil, diversos hospitais foram projetados e reformados visando maior conforto aos pacientes, com aproveitamento da luz natural e controle da iluminância, buscando também integrar vegetação e luz natural ao ambiente ^(11, 14).

Com a chegada da energia elétrica, em 1880, e a descoberta da lâmpada, o ambiente ficou mais funcional e foram possíveis as cirurgias à noite. Além disso, a poluição do ar que provinha da iluminação a óleo ou velas foi eliminada. Em 1944, Albert Lorch afirmou que a iluminação fluorescente, sendo muito mais fria que a incandescente, era mais eficiente porque consumia menos energia para se obter a mesma iluminância. Os progressos tecnológicos avançaram numa crescente dependência da energia elétrica devido aos novos equipamentos que vieram facilitar o trabalho dos profissionais de saúde, mas os aspectos bioclimáticos passaram a

¹ A ABNT define iluminância como o limite da razão do fluxo luminoso recebido pela superfície em torno de um ponto considerado para a área da superfície quando esta tende para o zero". A iluminância em serviço é determinada pela NBR 5.382 (p. 1 e 6).

ser negligenciados e, em meados do século XX, os hospitais passaram a ser grandes consumidores de energia⁽¹¹⁾.

Já no final do século XX, os quartos particulares passaram a receber tratamento ambiental similar aos dos hotéis, com o objetivo de desinstitucionalizar os pacientes e de tratar o ambiente como uma residência, proporcionando bem-estar a todos. Não é o que se verifica na maioria dos hospitais públicos que, devido à carência de recursos, revelam ambientes empobrecidos e monótonos^(8, 11).

Atualmente, a concepção dos projetos hospitalares, além de atender às demandas da tecnologia em saúde, às características geográficas regionais e à flexibilidade dos espaços, determinada pelas variáveis epidemiológicas, deve contemplar, com fundamental relevância, a satisfação do usuário por meio do conforto ambiental em seus diversos aspectos: visuais, higrotérmicos, acústicos, lumínicos, olfativos e ergonômicos. Deverá ser destacado o valor da humanização, que ultrapassa referenciais decorativos de ambientes utilizados com frequência em hospitais⁽¹⁵⁾.

Os estudos sobre ambiência e projetos arquitetônicos em hospitais já estão gerando resultados positivos no contexto da humanização do atendimento hospitalar. Em 2014 a ANVISA publicou o manual “Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde”⁽¹⁵⁾, uma documentação técnica apresentando o *estado da arte* sobre o assunto. Contudo, acreditamos que mais estudos são necessários a fim de individualizar o atendimento nas diversas áreas da saúde, cada um com sua especificidade.

2.2 Iluminação em Sala de Parto

Até a década de 1850, o parto costumava ocorrer em um ambiente doméstico e familiar, geralmente atendido por parteiras. Com o advento da institucionalização e consequente medicalização do atendimento ao parto, este passou a ser atendido em ambiente público (hospitais/ maternidades) e a sofrer cada vez mais intervenções⁽¹⁶⁾. Dentre estas intervenções encontra-se também o excesso de luminosidade e insalubridade dos estabelecimentos que atendem ao parto.

A função básica da luz é proporcionar visibilidade, porém, ela também contribui na criação do caráter dos espaços, influenciando as sensações de bem-estar dos usuários^(8, 17-19). Embora a iluminação possa reforçar as sensações de privacidade e relaxamento, também pode induzir a fadiga, distorção da visão, redução da produtividade, cansaço, alteração no ciclo circadiano e estresse ao sistema visual^(8, 11).

Os parâmetros técnicos utilizados no Brasil para a elaboração de projetos de iluminação em ambientes hospitalares são embasados nas recomendações da ABNT contidas na NBR ISO/CIE 8.995-1-Iluminação de ambientes de trabalho. A distribuição da luminância no campo de visão é um fator importante para controlar o nível de adaptação dos olhos, pois pode interferir na visibilidade para a execução da tarefa. Serve para ampliar a acuidade visual, a sensibilidade ao contraste e a eficiência das funções oculares. Portanto, para a inserção do conforto visual recomenda-se que sejam evitadas luminâncias muito altas e contrastes lumínicos muito elevados, pois podem causar fadiga visual⁽¹⁵⁾.

O nível de iluminação é medido em lux (lx) por meio do luxímetro e traz como parâmetros para procedimentos cirúrgicos a adequação de 1000 a 2000 lx. Já para salas de partos, a iluminância recomendada é de 150 a 300 lx⁽²⁰⁾. Mesmo assim, muito comumente nos deparamos com salas de parto excessivamente iluminadas, com lâmpadas e focos cirúrgicos. Num estudo realizado por Silva⁽²¹⁾, verificou-se o nível de iluminação de salas de parto em ambiente com iluminação artificial comum e usual, e ambiente com baixa iluminação. Este mesmo estudo também comparou os níveis de iluminação encontrados com os níveis preconizados pela Associação Brasileira de Normas Técnicas, concluindo que, dentre os ambientes de iluminação comum e usual, o ambiente de Centro de Parto Normal possui níveis mais adequados para o processo de parturição do que o ambiente de Centro Obstétrico e que há a necessidade dos hospitais se adequarem às normas estabelecidas sobre iluminação em sala de parto⁽²¹⁾.

Num estudo sobre “arquitetura do ambiente de nascer” foram levantados de dados quantitativos relacionados às condições de temperatura, umidade relativa do ar, níveis de ruídos e iluminância e também foi realizada uma abordagem qualitativa com profissionais de saúde e puérperas sobre esses aspectos ambientais, em maternidades do Rio de Janeiro. Dentre vários achados em relação ao conforto higrotérmico, o estudo concluiu também que para os ambientes de pré-

parto e salas de parto, não cirúrgicos, os efeitos do impacto visual provocado pela iluminação excessiva podem resultar em desconfortos emocionais relevantes, com resultados na irritação e no sofrimento da parturiente. A utilização das luzes de tarefas foi considerada uma recomendação adequada, bem como a utilização de *dimerizadores*, reguladores de voltagem, para a compatibilização da necessidade individual. Esta recomendação é válida para ambientes onde as parturientes estejam atendidas individualmente e em salas de pré-partos coletivos ⁽²²⁾.

Leboyer é um renomado médico obstetra francês que divulga ensinamentos sobre métodos mais serenos de nascer, com menos estresse para mãe e para o bebê. Para ele, a baixa luminosidade pode aguçar a nossa sensibilidade, influenciar na prevenção de lesões oculares no bebê e evitar efeitos estressantes para o recém-nascido que acaba de ter seu primeiro contato visual com a luz ⁽⁶⁾. A baixa luminosidade associada a outros fatores, como contato pele a pele precoce e clampeamento tardio do cordão é um método de atendimento ao parto que tornou-se conhecido como “Parto Leboyer” e já vem sendo discutido como forma de humanização da assistência obstétrica desde os anos setenta ⁽²³⁻²⁹⁾.

A influência da iluminação em ambientes assistenciais de saúde e em ambiente de parto, apesar de ser uma preocupação antiga, ainda é pouco explorada pela comunidade científica atualmente. Sendo a arquitetura a área do conhecimento com uma maior contribuição de publicações.

Acreditando que existe a necessidade de maiores esclarecimentos a respeito de um ambiente mais adequado ao atendimento obstétrico, este estudo propõe uma compreensão da percepção de profissionais sobre a baixa luminosidade em sala de parto e torna-se uma contribuição para o conhecimento nesta área, incentivando e dando embasamento teórico para mudanças no modelo de assistência.

3. Objetivos do Estudo

Compreender as percepções de enfermeiras obstétricas que atenderam ao parto em ambiente de baixa luminosidade.

4. Método

Este estudo qualitativo é considerado de natureza exploratória e descritiva. Exploratória, pois permite conhecer ou aumentar o conhecimento em torno de um dado problema, de modo a estabelecer hipóteses de investigação ou estratégias de intervenção para outros tipos de pesquisa⁽³⁰⁾. Descritiva, pois cuida da descrição das características de determinado fenômeno e estabelece relações entre variáveis e fatos⁽³¹⁾.

Optou-se pela abordagem qualitativa, pois ela parte do entendimento de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real, objetivo e a subjetividade do sujeito. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas neste tipo de pesquisa e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos e o pesquisador analisa os dados usando sua indução⁽³¹⁾.

Considerou-se, neste estudo, a concepção de Minayo⁽³²⁾ de que fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin⁽³³⁾, descrita no item “análise dos dados” neste estudo e para a produção do estudo, como um todo, foi utilizado como guia o decálogo descrito por Minayo⁽³²⁾, onde propõe-se: 1- O conhecimento dos termos “experiência”, “vivência”, “senso comum” e “ação”, bem como “compreender”, “interpretar” e “dialetrizar”; 2- Manutenção do objeto de estudo como uma indagação, contextualizando-o e teorizando-o; 3- Delinear a estratégia de campo, tomando como base a teoria inicial; 4- Manutenção de olhar analítico durante todo o percurso de aproximação do campo, observando processos e possibilitando o redesenho de hipóteses, pressupostos e instrumentos; 5- Ir a campo munido de teorias e hipóteses, mas aberto a questioná-las; 6- Ordenação e organização do material secundário e do material empírico, relacionando textos teóricos e referenciais, material de observação, falas das entrevistas e documentos históricos, estatísticos e

institucionais; 7- Tipificar o material, fazendo a transição entre a empiria e a elaboração teórica; 8- Exercitar a interpretação de segunda ordem, teorizando e contextualizando cada unidade de sentido com referências nacionais e internacionais; 9- Produção de texto fiel aos achados, contextualizado e acessível, impregnado pelo objeto, abrindo margens a novas indagações e mostrando suas limitações e 10- Assegurar critérios de fidedignidade e validade do estudo, por meio de teoria, método e técnicas adequados, descritos e avaliáveis por qualquer outro investigador⁽³²⁾.

4.1 Participantes do estudo

A amostra deste estudo é intencional, um tipo de amostra não probabilística, em que os sujeitos são escolhidos por representarem o “bom julgamento” da população/universo estudado⁽³¹⁾. Foram incluídas oito enfermeiras obstétricas que atenderam a um ou mais partos sob baixa luminosidade, como participantes voluntárias de outro estudo: que objetivou registrar e identificar as expressões emocionais, manifestadas durante o período expulsivo sob a influência da iluminação do ambiente. Optou-se por esta amostra intencional pelo fato destas profissionais terem atendido a partos no mesmo local e sob as mesmas condições: com as luzes usuais da sala de parto apagadas, estando aceso apenas um foco de luz auxiliar direcionado ao períneo da parturiente, com luminância de, aproximadamente, 63 lux em sala. Com isso gerou-se o mesmo ambiente de baixa luminosidade para todas as participantes, permitindo maior homogeneização da amostra.

O atendimento ao parto em ambiente de baixa luminosidade não é um método usual no local deste estudo, desta forma, a fim de se coletar discursos mais espontâneos, optou-se por manter as enfermeiras que participaram do estudo de Silva (2016)⁽²⁾, totalizando oito participantes. A partir da sexta entrevista, foi possível perceber a repetição das unidades de significados, ou seja, saturação de dados.

Foi excluída do estudo uma participante devido à mesma ter se desligado do estabelecimento de saúde onde os dados foram coletados e residir em outro município, tendo indisponibilidade de tempo para a entrevista.

4.2 Cenário do Estudo

O cenário do estudo foi o centro obstétrico de um hospital de referência terciária, localizado na zona leste de São Paulo, que abrange uma população estimada de 208.000 pessoas, com atendimento geral de cerca de 16.000 pessoas por mês, para as várias especialidades oferecidas. Trata-se de uma unidade hospitalar subordinada à Autarquia Hospitalar Municipal, que é vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e tem atuação marcante em gestação de alto risco⁽³⁴⁾. O centro obstétrico, em especial, é administrado por uma organização social e atende, em média 310 partos por mês.

Neste centro obstétrico, as enfermeiras obstétricas e obstetrizes são responsáveis pelo atendimento ao parto de risco habitual, pela administração das atividades de enfermagem e pela classificação de risco e acolhimento no pronto-socorro da ginecologia e obstetrícia. Esse setor conta com seis leitos de pré-parto, um quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto), três leitos de patologia obstétrica e duas salas de recuperação pós parto, com três leitos em cada uma delas.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados se deu por meio de entrevista aberta. Estas foram realizadas entre dezembro de 2015 e março de 2016, em uma sala do próprio hospital, onde havia privacidade e as participantes puderam ficar à vontade. Todas as enfermeiras obstétricas que se enquadravam nos critérios de inclusão foram convidadas e previamente esclarecidas sobre a pesquisa.

Após a aceitação do convite, foi marcado encontro individual com cada uma das participantes e, após a assinatura do TCLE (APÊNDICE 1), foi realizada entrevista registrada em um gravador de áudio portátil, em que a seguinte pergunta norteadora, anteriormente pré-testada, foi lançada: “ Como foi para você a experiência de atender a um parto sob baixa luminosidade? ” O pré-teste foi realizado com duas enfermeiras obstétricas que tinham atendido ao parto sob baixa luminosidade em outras situações, com a finalidade de nos certificarmos de que a questão estava sendo compreendida e identificar os problemas que porventura ela pudesse apresentar, corrigindo-a antes da sua utilização no estudo propriamente dito. Essas enfermeiras não fazem parte da amostra do estudo.

Lançada a questão, as participantes puderam falar livremente sobre a questão. Em seguida, as entrevistas foram transcritas integralmente, incluindo hesitações, risos, silêncios, bem como estímulos do entrevistador. A duração média das entrevistas foi de cinco minutos de fita gravada, no entanto, na prática foi maior considerando interrupções, e mesmo o tempo gasto para iniciar uma interação com a entrevistada. Contudo, não foi estabelecido limite de tempo para concluí-las visto que o importante a considerar, naquele momento, era manter uma relação empática entre a pesquisada e a pesquisadora.

Em uma entrevista de apenas uma questão aberta, sem esquemas ou estruturas, a subjetividade está muito presente. Assim, lidamos com uma fala relativamente espontânea, com o discurso que o entrevistado orchestra mais ou menos à sua vontade. Seria como uma encenação livre daquilo que a pessoa viveu, sentiu e pensou a propósito de alguma coisa⁽³³⁾. As falas não foram direcionadas ou induzidas por meio de questionários, foi utilizado o próprio conteúdo dos discursos das entrevistadas para ampliar e aprofundar a temática em questão, gerando as categorias.

4.4 Análise dos dados

A abordagem qualitativa corresponde a um procedimento mais intuitivo, mas também mais maleável e mais adaptável a índices não previstos. Pode funcionar sobre *corpus* reduzidos e estabelecer categorias mais discriminantes.

O percurso analítico e sistemático tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade. Desta forma, a análise qualitativa de um objeto concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico⁽³²⁾.

Uma boa análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do

trabalho que elabora⁽³²⁾. Para a análise dos dados deste estudo foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, categoria temática descrita por Bardin ⁽³³⁾. Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção de mensagens por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo dessas mensagens⁽³³⁾.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido⁽³³⁾, no nosso caso a percepção das enfermeiras obstétricas sobre o atendimento ao parto em ambiente com baixa luminosidade.

A análise de conteúdo descrita por Bardin organiza-se em três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados; inferência e interpretação ⁽³³⁾.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, embora ela própria seja composta por atividades não estruturadas. Esta primeira fase tem como missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise (*corpus*); a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

A exploração do material é uma fase mais longa e trabalhosa, que consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente formuladas para possibilitar categorização.

A terceira fase é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos são tratados, por meio de operações estatísticas simples até mais complexas, como a análise fatorial, de modo a tornarem-se significativos e válidos. A partir daí, o analista poderá propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas ⁽³³⁾.

A interpretação nunca será a última palavra sobre o objeto estudado, pois o sentido de uma mensagem ou de uma realidade está sempre aberto em várias direções⁽³²⁾.

4.5 Aspectos éticos

O projeto está em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional do Ministério de Saúde (CNS) ⁽³⁵⁾, que regulamenta pesquisas com seres humanos, portanto foi solicitada autorização ao hospital participante e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em – CEP/SMS. O projeto foi aprovado pelo hospital e pelo CEP/SMS com o número de CAAE 46281115.6.0000.0086 (ANEXO 1).

5. Resultados e discussão

5.1 Perfil das participantes do estudo

Este estudo contou com oito participantes, sete do sexo feminino e um do sexo masculino². Todas as participantes residem na região metropolitana de São Paulo e trabalham no centro obstétrico do hospital onde os dados deste estudo foram coletados. A tabela 1 abaixo sintetiza algumas características d perfil profissional das participantes.

Tabela 1 – Distribuição das participantes quanto a idade, quantidade de partos atendidos em ambiente de baixa luminosidade e experiência profissional.

Participante	Idade	Experiência em obstetrícia	Partos atendidos sob baixa luminosidade	Setores de experiência ³
1	33	9	Mais de um	CO/ CPN/AC
2	32	8	Mais de um	CO/CPN/AC/outros
3	37	10	Mais de um	CO/CPN/outros
4	33	9	Mais de um	CO/CPN/AC
5	45	16	Apenas um	CO/CPN/AC/outros
6	38	8	Apenas um	CO/AC/CM/outros
7	60	16	Apenas um	CO/CPN/AC/NEO
8	60	37	Mais de um	CO/CPN/AC/outros

² Como a grande maioria das participantes do estudo é do sexo feminino utilizaremos o gênero feminino “enfermeiras obstétricas” em referência à amostra deste estudo.

³ Centro obstétrico (CO), Centro de Parto Normal (CPN), Alojamento Conjunto (AC), Unidade Neonatal (NEO).

A idade das participantes variou entre 32 e 60 anos, e a média etária foi de 42,25. O tempo de experiência em obstetrícia variou entre 8 e 37 anos, uma média de 14 anos, sendo que as oito (100%) participantes já trabalharam em outro centro obstétrico anteriormente.

Destas, sete (87,5 %) já trabalharam em CPN, sete (87,5 %) em enfermaria de alojamento conjunto, uma (12,5%) em unidade neonatal e quatro (50%) já trabalharam em outras clínicas, além da obstétrica.

Pela média etária e de tempo de experiência das participantes, pode-se perceber que elas tiveram e ainda tem contato com o modelo tecnocrático de assistência ao parto. O modelo humanizado é mais recente e sua implementação vem sendo cada vez mais discutida, porém com lentidão no processo de realização das ações propostas nas leis, normas e regulamentações de assistência humanizada ao parto^(3, 36, 37).

Para este estudo, é interessante este tempo de experiência considerável, pois acredita-se que os discursos se apresentam com maior carga de vivências em diferentes períodos da assistência obstétrica.

Em relação à quantidade de partos atendidos, cinco (62,5%) enfermeiras atenderam a mais de um parto sob baixa luminosidade e as outras três (37,5%) atenderam a apenas um parto. O que também é interessante ao estudo, devido à maioria (62,5%) das participantes ter tido a possibilidade de perceber melhor a experiência de atender ao parto sob baixa luminosidade e, assim, poder oferecer relatos mais consistentes.

5.2- Percepção de enfermeiras obstétricas sobre o ato de atender ao parto em ambiente com baixa luminosidade

Aqui serão apresentadas as três temáticas apreendidas durante a leitura do material coletado nas entrevistas, bem como suas subcategorias:

1- **Benefícios atribuídos à baixa luminosidade em sala de parto**, que compreende o que o profissional percebeu como benéfico para a parturiente, para o recém-nascido e para a própria equipe de saúde, resultando nas subcategorias

“Baixa luminosidade promovendo um ambiente tranquilo” e “Baixa luminosidade como estímulo à maior concentração da mulher e da equipe para o momento do parto”;

2- ***Dificuldades atribuídas à baixa luminosidade em sala de parto***, que compreende fatores considerados dificultadores tanto do processo parturitivo da mulher quanto no atendimento da equipe de saúde, resultando nas subcategorias “Dificuldades em relação ao ambiente e aos profissionais de saúde” e “Dificuldades relacionados à parturiente”;

3- ***Percepção dos profissionais sobre sua própria assistência***, que compreende o modo como as enfermeiras obstétricas enxergaram sua forma de atender em ambiente de baixa luminosidade.

5.2.1-Benefícios atribuídos à baixa luminosidade em sala de parto

Efeitos benéficos do atendimento ao parto em ambiente com baixa luminosidade foram percebidos por todas as participantes do estudo. Eles contemplam a parturiente, o recém-nascido, o acompanhante e o profissional que atende ao parto. Abordados de maneiras diferentes, porém com o mesmo significado foram citados como benefícios: tranquilidade no momento do parto, proporcionando diminuição de intervenções desnecessárias e gerando o aumento da atenção para o momento vivido pela mulher. Assim, duas subcategorias emergiram dos discursos em relação à percepção de benefícios da baixa luminosidade em sala de parto:

- 1-Baixa luminosidade promovendo um ambiente tranquilo e
- 2- Baixa luminosidade como estímulo à maior concentração da mulher e da equipe para o momento do parto.

5.2.1.1 Baixa luminosidade promovendo um ambiente tranquilo

Todas as participantes referiram-se à tranquilidade já na primeira frase de seus discursos. Foi relatada tranquilidade/calma/relaxamento da parturiente, do recém-nascido, do acompanhante, da equipe profissional presente na sala de parto e da própria enfermeira que prestava atendimento ao parto.

Esta tranquilidade se relaciona fortemente com os preceitos do cuidado humanizado. O conceito de atenção humanizada é amplo e pode contemplar

diversos significados, mas a partir de sua aplicação ao contexto da assistência obstétrica e neonatal, envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve a privacidade e a autonomia desses sujeitos⁽³⁾. Para haver humanização deve haver compromisso com a ambiência (bem-estar integral em determinado ambiente), melhoria das condições de trabalho e de atendimento ^(3, 38).

Apesar de o conceito de “parto humanizado” ser recente, métodos alternativos e considerados brandos de atendimento ao parto, como o parto na água e o próprio parto Leboyer, já são discutidos há algum tempo pela comunidade científica. O ambiente tranquilo gerado pela baixa luminosidade em sala de parto também é citado desde a década de setenta. Em relação a isso, o obstetra Alvin Pettles (1978) compartilhou sua percepção do método de Leboyer em seu trabalho:

Assim que as luzes são suavizadas na sala de parto, a cena assume uma calma que se pode sentir. Eu pessoalmente uso a caixa de visualização de raios-X, luz que ilumina o quarto suficientemente para realizar todas as funções normais e o brilho da luz não é o suficiente para fazer com que o bebê feche os olhos. Eu sinto que o parto não é rotina, o casal não é rotina e que o bebê não é rotina. Todos são únicos e o momento desse nascimento não vai acontecer mais uma vez. Para mim, é triste ver tantos de meus brilhantes colegas criticarem uma idéia tão simples. Leboyer não está defendendo que todos os bebês nasçam exatamente da mesma maneira. Ele está tentando diminuir o impacto do momento de nascer. A maneira como isso será feito cabe a você ⁽²³⁾.

E assim, a sensibilidade do profissional que presta assistência ao parto permitiu que as participantes deste estudo também captassem a suavidade desta forma de atendimento.

Para o bebê:

Foi supertranquilo, eu acho que é mais confortável para o bebê, também é uma transição mais tranquila para o bebê. É... foi uma coisa mais... foi um parto mais humanizado(P5).

Para o binômio:

Assim, foi gostoso porque é uma coisa realmente que relaxa, parece que relaxa a mãe, relaxa quem tá na sala e é uma coisa bem legal, bem bonita (P7).

Quando nasceu o bebê, o que eu percebi é que a mãe ficou tranquilinha! O bebê e a mãe ficaram...É isso que eu percebi do fato de não ter luz, só aquela lampadinha no períneo da mãe e que me provocou essa sensação (P8).

Para parturiente:

Não é aquela coisa, né?! Você faz com que o processo aconteça mais tranquilo, mais naturalmente(P1).

Dá-se a impressão de que a paciente fica mais calma. Eu tenho, eu tive essa impressão. (P3)

Para o ambiente:

Deixa o clima, né? Assim, não deixa aquele ambiente de “Ai, vai, vai nascer, força!” (P1).

Eu acho que, realmente, dá uma tranquilizada no ambiente(P2).

Eu me acalmo num ambiente de penumbra. Acho que a equipe fica mais em silêncio, respeita mais a paciente(P4).

Para o acompanhante:

Mas eu acho que é muito, que é bem legal, assim, bem válido porque a paciente fica mais tranquila. Parece que o acompanhante também consegue ficar mais tranquilo(P1).

A mãe se sente tranquila...o acompanhante, que estava junto também. Então é isso que satisfaz, se eles estão bem, a gente fica bem também (P5).

5.2.1.2 Baixa luminosidade como estímulo à maior concentração da mulher e da equipe para o momento do parto

No ambiente de baixa luminosidade, as participantes perceberam que o foco da atenção sai da burocracia da rotina, como o preenchimento de impressos e até conversas paralelas entre os profissionais de saúde e volta-se para a mulher em

trabalho de parto e ao momento do nascimento. Isso permite uma maior conexão do profissional com a mulher e desta com o bebê e com seu próprio corpo:

Não é só bom para a parturiente, mas é bom para o profissional também porque o profissional precisa ficar mais atento, né?! E aí ele perde aquele foco de ter que ficar correndo fazendo papel, ele se concentra mais naquele momento do parto, porque como a gente precisa usar os outros sentidos, então eu acho que a atenção melhora no momento do procedimento (P2).

Então, eu acho que eu consigo me concentrar, eu como profissional, melhor. Elas se comportam como se elas se concentrassem naquele momento dela e se desligasse um pouco de tudo que está acontecendo ao redor. Me beneficia como parteira. Acho que a gente consegue se concentrar e fazer a coisa acontecer de uma forma melhor (P4).

Então, eu senti assim, né?! Eu senti que fica assim um ambiente mais próximo acho que do bebê e da mãe, sem holofote, sem coisa que atrapalhe, coisa que você não tem que prestar atenção (P7).

O brilho das luzes artificiais nos hospitais também pode excitar o córtex cerebral da mulher em trabalho de parto, gerando a sensação de falta de privacidade. Durante o trabalho de parto, há um período em que a mãe se comporta como se estivesse em “outro planeta”, conhecido como “Partolândia” pelas parteiras urbanas⁴. Esta mudança em seu nível de consciência pode ser interpretada como uma redução da atividade neocortical. Pode-se dizer que quando uma mulher está em trabalho de parto, a parte mais ativa de seu corpo é seu cérebro primitivo, as estruturas do cérebro que compartilhamos com outros mamíferos responsáveis por atividades instintivas. Portanto, qualquer estimulação neocortical em geral e do intelecto em particular, pode interferir no progresso de trabalho de parto. Assim, quando a privacidade da mulher é preservada, o processo parturitivo acaba sendo facilitado ^(2, 5).

Ela consegue seguir direitinho o que tem que ser feito, as orientações, né?(P1).

Parece que as coisas se encaixam. Ela realmente... Ela vê o bebê, parece que o bebê sente ela também (P7.)

⁴ Enfermeiras Obstétricas ou Obstetrizes que atendem ao parto domiciliar em ambiente urbano.

As participantes perceberam um clima de mais intimidade, mais conexão da equipe com a parturiente, desta com o bebê e da equipe entre si. O atendimento ao parto em ambiente de penumbra, embora tenha acontecido dentro de um centro-obstétrico, ou seja, ambiente intra-hospitalar, foi comparado ao parto domiciliar, pela promoção de conforto, união e individualidade:

É como se ela tivesse na casa dela, por exemplo, né?! Ela quer ficar no quarto dela, ela não quer ouvir nada, ela só quer, só sentir, né?! Parece que isso favorece mais. A mãe sentir as coisas, né?! E a gente fica em segundo plano, ela que... Ela que faz tudo (P7).

Eu achei que foi uma sensação de comunhão. Foi mais tranquilinho, foi gostosinho, sabe? Muito assim de lar, foi uma coisa bem agradável o que aconteceu, é isso que eu entendi [...] a coisa que veio forte para mim foi isso daí que estou dizendo pra você: aquele aconchego. Todo mundo! Parecia uma casinha, todo mundo unido sem luz (risos) (P8).

Além da tranquilidade e fortalecimento da atenção voltada ao momento do parto, o ambiente com baixa luminosidade também foi citado em seu aspecto espiritual:

Eu acho que eu consigo me conectar melhor com aquela situação espiritual da mulher (P4).

A respeito da ligação do parto com o “sagrado”, Nogueira⁽³⁹⁾ discute as ramificações profundas que a humanização do parto implica para as mulheres:

A moderna tecno-obstetrícia, com todas suas inúmeras intervenções na qualidade de protocolos, normas, rotinas, máquinas, botões, luzes, gráficos, encarna com esmero a ideia do parto como “mysterium tremendum”, mistério tremendo. A crença que mantém em vida gestos, escolhas e atitudes é uma prova de que estamos lidando com um ritual que guarda as portas do sagrado. A obsequiosa fidelidade a práticas mesmo cientificamente ultrapassadas denuncia o temor frente ao “mistério tremendo” do parto.

Dentre os benefícios percebidos, a diminuição de intervenções desnecessárias também foi citada. O fato de não realizar procedimentos invasivos, como episiotomia, devido ao receio por estar sob baixa luminosidade causou surpresa ao profissional, quando este percebeu que faria um procedimento

desnecessário. Também foram citados a diminuição de puxos dirigidos e de toques vaginais no momento do nascimento.

“E até mesmo por que se houver alguma laceração. Hoje o que a gente mais tem que pensar? Em não realizar procedimentos desnecessários. E principalmente pelo fato de você não estar vendo muito, te impede também de fazer algumas coisas. Te limita a, de repente, fazer uma episiotomia, a deprimir um períneo... Então, eu acredito que te faz ter comportamentos diferentes, te faz tomar atitudes diferentes[...] você não está tocando, não está forçando, você vai aguardar. E isso faz o parto ser um pouco diferente[...]Você simplesmente está cuidando, você está acompanhando, evoluindo, você está permitindo que nasça (P3).

A presença do acompanhante foi abordada de duas maneiras diferentes, uma salientando que o acompanhante também tende a ficar mais tranquilo em ambiente de baixa luminosidade, como já citado, e outra abordagem salienta que a concentração da mulher aumenta tanto nesse ambiente, que o acompanhante passa a ficar um pouco “esquecido” ou que a mulher tende a precisar menos de um acompanhante e tomar conta do próprio parto.

Eu acho que elas se concentram muito melhor e eu também e aí eu vejo que o acompanhante passa a ser um mero figurante [...] Talvez isso facilite porque quando tem um acompanhante muito carinhoso, muito participativo, eu acho que a mulher, às vezes, acaba entregando algumas coisas naquela tentativa de dividir tudo aquilo com ele, que por um lado é muito bacana né... Ela tem uma pessoa de confiança. Mas por outro, eu acho que, às vezes, ela precisa esquecer essa divisão porque é o momento que ela precisa colocar aquele bebê pra fora[...]resgatar aquilo que é dela e que ninguém pode fazer por ela, né?! Que é um momento só dela, ali... (P4)

Entretanto, observou-se que este fato varia de acordo com o estímulo da enfermeira obstétrica em promover a participação deste acompanhante e da própria relação do acompanhante com a mulher em trabalho de parto. Deve-se levar em consideração a existência de profissionais que acreditam que a presença do acompanhante é favorável para o processo de parturição e de profissionais que acreditam que pode atrapalhar o processo. Este fato também pode variar de acordo com a segurança e experiência do profissional que atende a mulher, pois existem profissionais que se sentem ameaçados pela presença do acompanhante na hora de

prestar assistência e acreditam que o acompanhante tem pouco preparo para presenciar um parto⁽⁴⁰⁾.

Ao ser indagado sobre como alguém pode ajudar uma mulher que dá à luz, Michel Odent (2004) associa esse questionamento a um ensinamento de como essa mulher deveria dar à luz:

Fernand Lamaze disse que uma mulher deve aprender a dar à luz assim como aprende a ler, a escrever ou a nadar. Na América do Norte, Robert Bradley acreditava que se poderia ensinar uma mulher e seu marido o papel que cada um deve desempenhar na hora do parto. Ele julgava que o marido deveria ter o papel de um treinador⁽⁴¹⁾.

Contudo, para Odent, uma pessoa não pode ajudar um processo que é involuntário, só poderá perturbá-lo. Ele defende a idéia de que muitas vezes, precisamos observar o comportamento dos animais para entendermos o dos humanos. Em relação à privacidade e necessidade de isolamento durante o parto, Odent relata a experiência de alguns mamíferos^(5, 41):

A ovelha prenha, normalmente habitante de um rebanho, se separa de seu bando; o rato, normalmente um perambulador noturno, dá cria durante o dia; e o cavalo, que pasta de dia, dá cria durante a noite. A prioridade das fêmeas em trabalho de parto não é evitar os predadores, mas se proteger dos membros de sua própria espécie⁽⁴¹⁾.

Isso não quer dizer que devemos abandonar nossas mulheres em trabalho de parto, mas respeitar a individualidade e os desejos de cada uma delas, permitindo que elas possam fazer suas próprias escolhas durante o parto, contemplem elas um acompanhante ou não.

Em nossa sociedade, as mulheres grávidas e as que amamentam no peito, que precisam de sólido apoio social, são isoladas. Mas as mulheres em trabalho de parto, na hora em que precisam de privacidade, são observadas por várias pessoas, e algumas vezes por máquinas⁽⁴¹⁾.

5.2.2 Dificuldades atribuídas à baixa luminosidade em sala de parto

As dificuldades atribuídas à baixa luminosidade em sala de parto foram relacionadas à rotina de trabalho e infraestrutura do centro obstétrico (CO), à

intervenção de outros profissionais, à falta de preparo da parturiente e ao fato de o método ser considerado uma novidade, o que pode gerar certa insegurança e ansiedade no profissional que atende ao parto. Assim, duas subcategorias emergiram dos discursos em relação à percepção das dificuldades atribuídas à baixa luminosidade em sala de parto:

- 1-Dificuldades percebidas em relação ao ambiente e aos profissionais de saúde;
- 2-Dificuldades percebidas relacionadas à parturiente.

5.2.2.1 Dificuldades percebidas em relação ao ambiente e aos profissionais de saúde

A rotina do local estudado é semelhante à rotina de diversos outros centros obstétricos de São Paulo e do Brasil. A parturiente chega pelo pronto atendimento, onde é acolhida por enfermeira obstétrica que realiza a classificação de risco. Em seguida, é avaliada por um médico ginecologista-obstetra que a interna para assistência ao trabalho de parto e parto. Após esses procedimentos, ela é encaminhada ao pré-parto. Nesse quarto, os leitos são separados por cortinas e as parturientes e acompanhantes dividem o espaço, o que às vezes pode dificultar a individualidade/privacidade do cuidado a parturiente, principalmente nos momentos do exame de toque vaginal ou avaliação do períneo. Quando se aproxima o momento do nascimento, a mulher é transferida para sala de parto, que fica a alguns metros do quarto de pré-parto.

As entrevistadas relataram que em ambiente de centro de parto normal (CPN), os métodos alternativos de atendimento ao parto, como baixa luminosidade, hidroterapia, musicoterapia e exercícios são mais promovidos e facilitados. Algumas das participantes do estudo com experiência em atendimento em CPN fizeram tal comparação

Porque o jeito de ser CO (centro obstétrico), às vezes, já dá uma dificultada pra gente querer fazer alguma coisa. Quando a gente está em um CPN (centro de parto normal) é mais fácil para a gente, né?! Ter outras posturas, vamos dizer nesse sentido, da luz, de música ou alguma coisa assim, né?!(P1).

Eu acho que a dinâmica do lugar... Eu acho que atrapalha bem [...] mas eu também compreendo assim algumas queixas: “Ah,

mas eu não consigo escrever” (risos), as técnicas, mediante todos os papéis que elas tem para fazer, que elas tem que preencher... Então, às vezes, eu acho que isso acaba dificultando. Não era para ser um dificultador porque era para elas terem mais tempo, para elas poderem anotar isso depois, né?! Por que a prioridade é o parto (P4).

Foi citada a falta de tempo hábil, na maioria das vezes, para informar a parturiente sobre a melhor forma de condução do trabalho de parto, bem como formação de um vínculo de confiança devido à rotina de trabalho e infraestrutura que dificultam o atendimento individualizado:

Eu também me sinto, às vezes, constrangida em fazer o parto na penumbra porque às vezes você não tem um tempo hábil de preparar ela (a gestante) para aquilo e acho que elas já chegam tão despreparadas que, às vezes, apagar a luz é o de menos, frente o que você teria para orientá-la de tudo aquilo (P4).

Ao observar a rotina do local do estudo e analisar os discursos das participantes, percebeu-se que o fluxo de trabalho e a ambiência realmente fazem diferença e são essenciais à qualidade do cuidado prestado. O ambiente pouco adequado ao processo de parturição é uma das queixas mais comuns em relação às instituições de saúde que atendem ao parto. Os centros obstétricos convencionais são relacionados à insalubridade, geralmente com espaços onde a privacidade e a autonomia das mulheres não são respeitadas, assim como a realização de procedimentos desnecessários se dá em excesso, como jejuns prologados, amniotomias, episiotomias, uso indiscriminado de ocitocina sintética e restrição do espaço para movimentação da mulher⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

Na tentativa de fugir deste tipo de assistência, que está sendo amplamente discutida com o termo abrangente de “violência obstétrica”⁽⁴⁵⁾, muitas mulheres estão encontrando dignidade no atendimento domiciliar⁽⁴⁶⁾. Os Centros de Parto Normal (CPNs) também surgiram como uma forma de atender as necessidades de dignidade das mulheres em trabalho de parto.

Os CPN constituem-se em unidades de saúde que prestam um atendimento humanizado e de qualidade ao parto normal sem distócias, podendo ser unidade intra-hospitalar ou extra-hospitalar, como as Casas de Parto. Dentre as atribuições dos CPNs estão: o desenvolvimento de atividades educativas e de

humanização; acolhimento de gestantes e de seu acompanhante de escolha; avaliação das condições de saúde maternas e fetais e a garantia de uma assistência segura ao binômio. Os CPNs devem também garantir a remoção segura das parturientes nos casos de urgência e emergência^(37, 43).

O CPN representa um modelo de assistência com resultados maternos e neonatais favoráveis às gestantes de risco habitual, conforme as recomendações da OMS. Diferente do ambiente de Centro Obstétrico (CO), ele dispõe de uma estrutura física e técnico-administrativa que favorece o cuidado centrado na fisiologia, nas necessidades e escolhas da mulher, com a enfermeira obstétrica como coordenadora desta assistência⁽⁴²⁾.

A intervenção de outros profissionais durante o atendimento ao parto sob baixa luminosidade foi citada no relato das participantes, tendo sido associada, na maioria das vezes, aos profissionais médicos ginecologistas-obstetras e neonatologistas. Porém, a equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicas) também foi citada. Algumas podem dificultar o processo pelo costume de adiantar a parte burocrática de registro em prontuário no momento do parto, segundo elas, o ambiente com baixa luminosidade atrapalha a realização do preenchimento dos impressos:

A gente, às vezes, tem um pouquinho de dificuldade, eu não lembro se foi o caso, mas, às vezes, o neo (neonatologista) quando chega já quer acender a luz, né?! (risos) (P1).

E até mesmo por umas questões assim de neonatologista, de encheção de saco... Apesar que eu acho que isso melhorou, assim, do tempo que a gente já está aqui, eu acho que isso já é mais tranquilo, assim... (P4).

Na realidade, o obstáculo é vencer a equipe, né?! Que não é acostumada a esse tipo de parto, aqui no hospital foi uma experiência nova, então os médicos que são da prefeitura e os antigos acham que não é para inventar nada, que poderia complicar [...] É claro que nem sempre eles acompanham, né?! Eles acompanham alguns partos, mas se eles visualizarem esse tipo de parto ou qualquer outra forma de posição... Isso aí eles vão estar questionando [...] Isso aí para eles (médicos) é coisa nova. Eles ainda não se adaptaram com essa tendência que vem e que vem para ficar, entendeu? Então, assim, é cada dia, cada uma batalhar um pouquinho pra

tentar oferecer um parto mais natural, mais humanizado possível (P5).

Um estudo qualitativo, realizado em 2005, com enfermeiras obstétricas, que investigou a percepção destas sobre a humanização da assistência ao parto, apontou a humanização vista como uma estratégia política de saúde que busca melhorar a assistência à mulher, “desmedicalizar” a assistência, no sentido de resgatar a naturalidade do parto. Já no estudo citado⁽⁴⁷⁾, os profissionais médicos foram apontados como uma barreira ao processo e foi discutido que uma mudança de paradigma para que a humanização se viabilize, o que denota que infelizmente ainda não houveram as mudanças necessárias. Em 2011, foi realizado um estudo com o mesmo objetivo e envolvendo a percepção de médicos e enfermeiros. Os resultados apontaram que a humanização na assistência não é uma prática presente na maioria dos hospitais e que os profissionais ainda não estão preparados para prestar este tipo de assistência⁽⁴⁸⁾.

O modelo tecnocrático de assistência ressalta a hierarquia dentro dos estabelecimentos de saúde. Não é de hoje que médicos e parteiras parecem trabalhar orientados por paradigmas assistenciais opostos, que em seu extremo, são complementares: as primeiras, orientando-se pelos limites da mulher, e os últimos, pela tecnologia⁽⁴⁹⁾.

O foco no modelo biomédico não é mais suficiente para satisfazer as necessidades da cliente. Os estabelecimentos assistenciais de saúde estão evoluindo, bem como as exigências do mercado e das mulheres. A mulher está deixando, a cada dia, de ser passiva, submissa às ordens dos profissionais de saúde, para ser considerada um cliente, consumidora de um serviço e no direito de exigir qualidade.

Para um atendimento de qualidade faz-se necessário oferecer mais que condições de suprimento das necessidades humanas básicas. Atualmente temos que pensar em agregar valor e humanização. Estes valores devem ser encontrados na ambiência/ arquitetura/ hotelaria dos estabelecimentos de saúde, no acolhimento da equipe e na melhor forma de assistência existente na atualidade. É de grande importância que os estabelecimentos de saúde se adaptem o quanto antes aos melhores modelos de assistência⁽⁵⁰⁾.

5.2.2.2 Dificuldades percebidas relacionadas à parturiente

A questão do “preparo da parturiente” para o parto também foi encontrada nos discursos, tendo sido relatado que nem todas as parturientes são elegíveis a métodos alternativos de atendimento, inclusive ao parto sob baixa luminosidade, pois algumas mulheres chegam ao estabelecimento de saúde sem informações sobre gestação e parto, demonstrando ansiedade, tendo dificuldades em lidar com a dor das contrações e em receber orientações dos profissionais durante o trabalho de parto e parto:

Eu não faço na penumbra todos, né?! Por que não é toda paciente que a gente consegue tranquilizar até o momento do parto, então, aquelas pacientes que já estão mais tranquilas, que eu vejo que já estão confiando no nosso trabalho [...] Eu acho que quando a paciente é bem esclarecida e ela tá segura daquele profissional que está fazendo o procedimento, ela confia e eu acho que o parto transcorre de forma melhor, assim... (P2)

Eu acho que poderia ser melhor trabalhado, até para a própria gestante quando vir, não vir com essa expectativa ou na ansiedade (P6).

Tem algumas que gritam mais, tem algumas que, né?!(risos) (P4).

A mãe tinha medo de o bebê cair no chão. Elas até falavam “Meu filho não vai cair? Segura ele.” Então, assim, eu percebia isso, esse sentimento de preocupação da mãe, de verdade (P6).

Esta dificuldade também foi referida pelo obstetra Pettie (1978) quando foi compartilhar sua experiência com o parto Leboyer:

Este método definitivamente não é o certo para todas as mulheres. Muitas delas não sabem nada sobre ele, ou sabem e mesmo assim sentem que não é para elas ⁽²³⁾.

Foi percebido que quando a parturiente consegue ter uma relação de confiança com o profissional que a atende ela acaba conseguindo seguir as orientações, facilitando o atendimento e seu próprio processo parturitivo. Daí a importância de uma atenção humanizada, que deve ser iniciada desde a descoberta da gravidez, dando continuidade com um pré-natal bem executado para que a mulher chegue ao estabelecimento de saúde que atenderá ao parto munida de informações, com possíveis riscos identificados e devidamente tratados. Desta maneira, a mulher terá conhecimento das várias formas que o seu parto poderá acontecer, de acordo com suas preferências, de forma individualizada.

Durante o pré-natal e durante todo o ciclo gravídico puerperal, a mulher e sua família devem receber informações sobre modificações corporais e emocionais, medos e fantasias referentes à gestação e ao parto. Devem ainda receber informações sobre o preparo para o parto e o planejamento individual, considerando-se o local, o transporte, os recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, o apoio familiar e social, bem como conhecer o local onde o filho irá nascer. As orientações e incentivo para o parto normal são fundamentais, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos. O incentivo ao protagonismo da mulher deve ser estimulado na gestação, potencializando sua capacidade inata de dar à luz e retirando o modelo biomédico do imaginário dessas gestantes⁽⁵¹⁾.

5.2.3 Percepção das profissionais sobre sua própria assistência

Observou-se que as enfermeiras obstétricas perceberam seu próprio comportamento em sala de parto. Assim, algumas salientaram não sentir dificuldade em prestar atendimento em ambiente com baixa luminosidade e afirmaram acreditar nesta prática como uma nova proposta, mais humanizada, de atenção ao parto. Elas veem esta proposta como uma forma de se conectarem melhor à parturiente e ao momento do parto:

Eu acho que não tem a menor dificuldade. Eu gostei de fazer, fiz mais de uma vez, pretendo continuar[...] Essa técnica é

diferenciada e humanizada pra assistir o parto. Então, quando eu entrei aqui eu tinha uma visão, e aí eu fazia partos como todo mundo, sem muito critério. E aí quando passou a ser colocado para a gente uma forma diferente e mais humanizada de fazer o parto. Eu procurei me envolver mais com essa parte (P2).

Eu consegui transmitir aquela tranquilidade (P4).

Olha, a primeira coisa que senti: união. Parece que a falta de luz nos deixou mais perto. Assim, tipo um aconchego: é isso que me deu a impressão. Eu até me lembrei da época que eu morava láaa (risos, gesticulando apontando a distância do lugar)[...]Je não tinha luz. E quando não tinha luz à noite, todo mundo ficava assim pertinho, bem assim aconchegado, como se tivesse se protegendo (P8).

Apesar de ser um tema já discutido e proposto por renomados especialistas, algumas profissionais se referiram à baixa luminosidade em sala de parto como uma forma de atendimento que era novidade, uma técnica diferente e que pode gerar certa insegurança e/ou ansiedade, tanto para o profissional quanto para a mulher. Pudemos perceber também que algumas enfermeiras perceberam a baixa luminosidade em sala de parto como escuridão, como um desafio à sua prática. Percebeu-se uma tonalidade de insegurança maior em quem atendeu a apenas um parto em ambiente de baixa luminosidade. As profissionais que atenderam mais de um mostraram-se mais seguras, mais familiarizadas com o método:

Por que estava uma penumbra mesmo, agora eu percebi assim a ansiedade da mãe [...] eu percebi essa ansiedade. Agora para o meu lado assim achei tranquilo [...]eu acho que ao mesmo tempo que é legal, elas tem também aquela curiosidade de ver, né?! De querer já logo saber como é que está, se está vivo, se chorou... Então assim, o escuro deixa muito menos certeza né... (P6).

É meio diferente porque não é nosso costume, né? Então é natural de que tudo que foge do nosso costume você achar um pouco estranho, em primeira instância (P3).

Apesar de que era a primeira vez que eu estava fazendo um parto sem luz, de qualquer maneira estava um pouquinho com medo, quem sabe de aparecer outras coisas (P8).

Observou-se que por ser o atendimento ao parto em ambiente de baixa luminosidade uma forma de atendimento diferente da usual e pouco divulgada, ela pode gerar insegurança na equipe multiprofissional e na gestante. Percebemos durante a análise dos discursos que todas as participantes em algum momento sentiram um tipo de insegurança, no entanto umas contornaram a situação mais rapidamente que outras:

Eu acho que tudo que é novo, a gente tem um pouco de “dedos” para fazer [...] em primeiro momento, a impressão que você tem é que tem chance de dar alguma coisa errada, sabe? (risos) Mas depois você vê que tudo é muito diferente, principalmente pela calma da paciente. Então, o que eu sinto, o que eu senti, eu posso te dizer, foi isso (P3).

Às vezes não é uma coisa que tem, que é comum, né?! Quase não se ouve falar, né?! Já se ouviu até de música: “Ah, tem música no parto, tal...” Que é uma coisa mais comum, né?! Entre aspas, né?! Agora, já parto no escuro, na penumbra...” [...] São dois caminhos, ao mesmo tempo que pode, às vezes, relaxar... “ah...que é mais conforto, mais acolhedor”, eu percebi que elas tem medo de...Medo de acontecer alguma coisa, medo de... Ah...sabe, assim? Medo do incerto, não é incerto, medo do... Do não saber o que vai acontecer, de dar alguma coisa errada, depois aquilo ser como justificativa, um exemplo. Sabe, se acontecer...Ou com o bebê ou com ela... Algo desse tipo, assim... (P6).

Na realidade, não sei se por causa do meu costume de ter luz, a falta de luz me provocou, depois de...Foi um momento único isso assim, são momentos! Aí depois eu me preocupei se alguma coisa não tinha ido bem, se houve lacerações e se “Nossa, será que eu vou conseguir ver bem?” Apesar de que o foco estava ali centralizado, aí eu me tranquilizei e veio tudo tranquilinho (P8).

Algumas das participantes, de fato, referiram que começaram a atender com uma expectativa de que algo poderia dar errado ou sair do controle e surpreenderam-se ao ver que o momento aconteceu de forma tranquila. Outras até surpreenderam-se com sua própria assistência, com o fato de conseguir manter a tranquilidade:

Na realidade, as pessoas podem até achar que vai atrapalhar em alguma coisa, ainda mais eu trabalhando no período noturno, que a gente não vai visualizar alguma coisa, mas assim, foi super tranquilo. [...] Na realidade, às vezes é um pouco de preconceito mesmo, de tentar o novo, de

experimental o novo... De vencer as barreiras e oferecer para a mãe, para o binômio, né?! Para mãe e para o bebê, alguma coisa mais... Uma experiência mais tranquila e humanizada (P5).

Em primeiro momento, eu tinha a impressão de que algo pudesse fugir do controle. Era isso que mais passava na minha cabeça. Você ter algo que você não está vendo. A impressão que você tem é que... Que não está muito certo, mas depois você vai vendo que tudo tende à caminhar de forma tranquila (P3).

É importante que o profissional se sinta seguro ao prestar assistência ao parto, caso contrário, poderá transmitir insegurança para a mulher e também para o acompanhante. Para o sucesso do atendimento, principalmente quando envolve um método alternativo de assistência, é necessário que o profissional e a mulher estejam confiantes neste método. Desta forma, o profissional deve buscar familiarizar-se com técnicas inovadoras e que se baseiam em evidências científicas para melhor atender à mulher, deixando de lado o comodismo e a assistência baseada na sua rotina.

A baixa luminosidade em sala de parto pode ser gerada de uma maneira que proporcione conforto para a mãe e visibilidade para o profissional. Pode-se utilizar o foco auxiliar de luz no períneo e, ao perceber que o bebê está prestes a nascer, redirecionar o foco um pouco para o lado, de modo que se tenha visão do nascimento, porém, sem uma forte iluminação sobre o recém-nascido.

O parto sob baixa luminosidade não é parto no escuro e sim uma tentativa de promover um ambiente de conforto e respeitoso com a individualidade da mulher e seus desejos. O profissional deverá esclarecer as dúvidas da mulher previamente, explicar que o bebê não vai cair no chão e que não há risco em diminuir a iluminação durante o atendimento. Se mesmo após os esclarecimentos e orientações a mulher não se sentir a vontade, novas opções deverão ser oferecidas a ela, até que alguma expresse sua vontade. Por isso a diminuição de luz em sala de parto é um método alternativo de assistência e não impositivo. Os métodos alternativos devem endossar o modelo humanizado de atendimento ao parto e não ser um novo tipo de atendimento tecnocrático disfarçado, em que se tem belos discursos a respeito, mas atendimento humano pobre.

6. Considerações Finais

Neste estudo, a abordagem de enfermeiras obstétricas sobre o atendimento ao parto sob baixa luminosidade gerou três temáticas: 1- Benefícios atribuídos à baixa luminosidade em sala de parto; 2- Dificuldades atribuídas à baixa luminosidade em sala de parto; 3- Percepção dos profissionais sobre sua própria assistência.

Como benefício, as enfermeiras obstétricas perceberam a tranquilidade do ambiente, o que pode gerar conforto para a mãe, para o bebê e para a equipe profissional. Elas perceberam a atenção destes profissionais mais voltada ao momento vivido pela mulher com seu bebê. A atenção, que em um ambiente muito iluminado era dispersa e dividida entre a mulher, a rotina de manipular equipamentos, conversas entre os profissionais e preenchimento de impressos durante o parto, voltou-se para a mulher e para o parto no ambiente com baixa luminosidade.

As participantes deste estudo tiveram a oportunidade de vivenciar os aspectos positivos da baixa luminosidade em sala de parto, verificando-se que a percepção tendeu a ser mais positiva quanto mais oportunidades tiveram de realizar tal cuidado. O que denota o potencial de se tornar uma prática corrente na assistência, que beneficiaria a todos os envolvidos.

A grande demanda de serviços práticos e burocráticos, bem como a estrutura física do local do estudo foram apontados como obstáculos a esta forma de atendimento. Foi citado também certo constrangimento do profissional em oferecer um tipo de atendimento durante o parto que não condiz com a forma de condução da assistência recebida pela mulher até o momento do parto. Algumas vezes, as mulheres chegam ao estabelecimento de saúde sem as informações necessárias sobre a assistência que receberá no momento do parto e isso pode fazer com que ela não esteja receptiva aos métodos alternativos propostos.

As participantes apontaram também que, por vezes, os próprios profissionais não se empenham em conhecer e aderir a métodos diferentes de atendimento, sendo eles próprios empecilhos no processo de humanização da

assistência. Muitas vezes, os obstáculos à humanização são associados aos profissionais médicos e, de fato, pode-se constatar essa informação em diversos trabalhos científicos que abordam dificuldades na implementação de uma assistência respeitosa ao processo parturitivo da mulher. Contudo, neste estudo, as próprias enfermeiras obstétricas também puderam perceber seus medos, inseguranças e preconceitos para com o método alternativo de atendimento ao parto em baixa luminosidade. Algumas surpreenderam-se ao esperar resultados negativos provenientes desta forma de atendimento e terem experienciado um parto com mais tranquilidade.

O modelo humanizado de assistência obstétrica está sendo proposto e discutido na tentativa de romper com modelo tecnocrático, ainda vigente no Brasil. Dentro dessa proposta, métodos alternativos de assistência são buscados e incentivados por profissionais e por mulheres que prezam por uma assistência respeitosa, focada nas necessidades fisiológicas, sociais, emocionais e espirituais da mulher e de seu bebê.

Na tentativa de serem atendidas de forma humanizada, muitas mulheres têm recorrido ao parto domiciliar, onde frequentemente conseguem parir com tranquilidade e tendo seus desejos e escolhas respeitados. Em relação aos estabelecimentos assistenciais de saúde, a implementação de Centros de Parto Normal intra e extra hospitalares tem apresentado bons resultados maternos e neonatais no contexto da humanização da assistência. A diferença da qualidade dos serviços prestados nesses espaços se dá justamente pela maior oferta de métodos alternativos de cuidado, tais como hidroterapia, luminosidade confortável, cromoterapia, métodos não farmacológicos de alívio da dor, aromaterapia e disponibilidade de espaço para livre movimentação da mulher e de seu acompanhante.

Assim, estudos estão sendo conduzidos no Brasil e no mundo a fim de conhecer melhor os efeitos de cada método alternativo de assistência ao parto, sobre a mulher, sobre o bebê e também sobre os profissionais de saúde.

Mesmo visto como benéfico pelas participantes desse estudo, a adesão ao atendimento do parto sob baixa luminosidade ainda é muito baixa na atualidade e no local deste estudo. Isso acontece também com outras propostas, como posições alternativas de parto. Faz-se necessário descobrir o porquê do abismo entre a teoria

e a prática, pois se questionar a qualquer profissional da obstetrícia, certamente ele terá conhecimento sobre métodos alternativos / complementares de assistência. Então por que é tão difícil a prática centrada nas necessidades da mulher e em evidências científicas?

A cultura do modelo biomédico ainda é muito presente nos estabelecimentos de saúde que assistem ao parto, principalmente nos centros obstétricos. Muitos profissionais tiveram uma formação tecnocrática e resistem à atualização de seus conhecimentos técnico-científicos e à adesão a modelos menos intervencionistas. Portanto, mostra-se imprescindível investir na formação dos futuros profissionais, de forma a desestabilizar a soberania deste modelo, assim como concentrar esforços em atividades de educação continuada junto aos profissionais em exercício, no intuito de fortalecer as políticas públicas de saúde de proteção ao parto e nascimento.

É importante levar em consideração que a baixa luminosidade em sala de parto é um método alternativo e não impositivo de assistência. Ele existe como uma opção, dentre muitas que deverão existir, de assistência obstétrica. A decisão sobre o melhor método cabe à mulher, mas para isso, ela deve receber informações e ter todas as suas dúvidas esclarecidas desde o pré-natal até o parto e seguindo no puerpério.

Percebeu-se a necessidade de produção de mais estudos sobre efeitos da iluminação no processo parturitivo, de métodos alternativos e respeitosos de assistência ao parto, de melhoria da informação e do cuidado fornecidos à gestante no atendimento de pré-natal, bem como o investimento na melhoria da infraestrutura e dos protocolos assistenciais dos estabelecimentos de saúde que atendem ao parto. Apesar de todas essas necessidades, a humanização, como o próprio nome define, está muito relacionada à empatia e ao desejo de mudança dos seres humanos. Desta forma, enquanto o processo burocrático de mudança caminha de forma lenta, cabe às pessoas, aos profissionais de saúde já sensibilizados e cientes dos métodos mais respeitosos de assistência, realmente oferecer um atendimento digno e mostrar aos colegas e à sociedade sua eficácia.

7. Referências

1. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Avaliação do Nível de Ruído em Sala de Parto. Revista de Enfermagem da UFSM. 2014;Jul/Set 4(3):529-35.
2. Silva MG, Shimo AKK. Influência da Iluminação em Sala de Parto nas Manifestações Emocionais de Parturientes: ensaio clínico randomizado [Dissertação de Mestrado]. Campinas-SP: Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP; 2016.
3. Ministério da Saúde. Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha. Brasil: Ministério da Saúde; 2011. p. 45.
4. Diniz CSG. "O que nós profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto". Cartilha do Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos - Novas questões para o campo da saúde. São Paulo: USP; 2010.
5. Odent M. A Cientificação do Amor. Florianópolis: Editora Terceira Margem; 2000. 125 p.
6. Leboyer F. Nascer sorrindo. 14ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 1992.
7. Eachern MTM. Hospital organization and management. Chicago: Phisicians Record; 1951.
8. Peccin A. Iluminação Hospitalar. [Dissertação de Mestrado] Porto Alegre (RS): Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
9. Leistikow D. Edifícios hospitalares en Europa durante diez siglos: historia de la arquitectura hospitalaria. Ilgelhein: CHBoehringer; 1967.
10. Pevsner N. Hospitals. Historia de las tipologias arquitectonicas. Barcelona: G. Gili; 1979.
11. Costi M. A luz em estabelecimentos de saúde [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2001. 141p.
12. Nightingale F. Notas sobre enfermagem. 1 ed. São Paulo: Cortez; 1989.
13. Thompson JD, Goldin G. The Hospital: a social and architectural history. 1 ed. London: Yale University Press; 1975.
14. Lam WMC. Perception and lighting as formgivers for architecture. USA: McGraw-Hill; 1977.
15. ANVISA. Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Série - Tecnologia em Serviços de Saúde. Brasília. 1ª edição2014. p. 166.

16. Pires D. A institucionalização da Enfermagem. Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem. São Paulo(SP): Cortez; 1989. p. 106-43.
17. Flynn JE. A study of subjective responses to low energy and nonuniform lighting systems. *Lighting and Design Applications*, New York. 1977;7(2).
18. Davis RG. Closing the gap: research, design and the psychological aspects of lighting. *Lighting Design and Applications*, New York. 1987;17(11):14-5.
19. Sorcar PG. Architectural lighting for commercial interiors. New York: John Wiley; 1987.
20. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Iluminação de ambientes de trabalho. Parte 1: interior. ABNT NBR ISSO/CIE 8.995-1. Rio de Janeiro, abr. 2013, 46 p. Iluminância de interiores. NBR 5.413. Rio de Janeiro, abr. 1992, 13 p.
21. Silva MG, Miranda FJS, Shimo AKK. Iluminação em sala de parto. In: I Congresso de parto, nascimento e amamentação saudáveis e IV Simpósio de humanização do parto; 2013. Set. Anais; São Carlos, Brasil. UFSCAR; 2013.
22. Filho FOB. Arquitetura do ambiente de nascer: investigação, reflexões e recomendações sobre adequação de conforto para centros obstétricos em maternidades públicas no Rio de Janeiro [Dissertação de doutorado]. Rio de Janeiro. Brasil: Universidade Federal do Rio de Janeiro 2007.
23. Pettle A. Gentle birth. *Can Fam Physician*. 1978;24:1188-90.
24. Gottschalk SK, Schuth CR, Quinby GE. Alternative birthing methods: prepared childbirth, Leboyer technique, home deliveries. *J La State Med Soc*. 1978;130(11):227-30.
25. Nelson NM, Enkin MW, Saigal S, Bennett KJ, Milner R, Sackett DL. A randomized clinical trial of the Leboyer approach to childbirth. *N Engl J Med*. 1980;302(12):655-60.
26. Nelle M, Zilow EP, Kraus M, Bastert G, Linderkamp O. The effect of Leboyer delivery on blood viscosity and other hemorheologic parameters in term neonates. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1993;169(1):189-93.
27. Nelle M, Kraus M, Bastert G, Linderkamp O. Effects of Leboyer childbirth on left- and right systolic time intervals in healthy term neonates. *J Perinat Med*. 1996;24(5):513-20.
28. Grover JW. Leboyer and obstetric practice. *N Y State J Med*. 1984;84(4):158-9.
29. Stotland NT. The Leboyer method of childbirth. *N Engl J Med*. 1980;303(11):640.
30. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1992.

31. Matias-Pereira J. Manual de Metodologia da Pesquisa Científica. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2012.
32. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência&Saúde Coletiva. 2012;17(3):621-6.
33. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Almedina Brasil; 2011. 279 p.
34. Secretaria de Saúde de São Paulo. www.prefeitura.sp.gov.br [Internet]. São Paulo. [último acesso em 15/05/2016] Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/eventos/HACN_experiencias.pdf
35. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 (BR). Dispõe sobre a regulamentação de pesquisas em seres humanos. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 13 jun 2013. [citado 4 ago 2013] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
36. Ministério da Saúde (BR). PARTO, ABORTO E PUERPÉRIO: Assistência Humanizada à Mulher. Brasil: Ministério da Saúde; 2001.
37. Portaria nº 985/GM, de 05 de agosto de 1999. Dispõe sobre a criação e regulamentação dos Centros de Parto Normal [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1999 Ago 05 [citado 2006 Jan 13]. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/45.pdf>.
38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência 2ªed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde; 2006. Ambiência 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
39. Nogueira AT. O Parto: encontro com o sagrado. Texto Contexto Enferm Florianópolis. 2006;15(1).
40. Santos LM, Carneiro CS, Carvalho ESS, Paiva MS. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. Revista RENE. 2012;13(5).
41. Odent M. Água e sexualidade: a importância do parto ecológico. Brasileira ed. Florianópolis: Editora Saint Germain; 2004. 159 p.
42. Lobo SF, Oliveira SM, Schneck CA, da Silva FM, Bonadio IC, Riesco ML. [Maternal and perinatal outcomes of an alongside hospital birth center in the city of São Paulo, Brazil]. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(3):812-8.
43. Cruz AP, Barros SMO. Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal. Acta Paul Enferm. 2010;23(3):366-71.
44. Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(2):274-9.

45. Venturi W, Bokany V, Dias G, Alba D, Rosas W, Figueiredo N. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado.[Pesquisa de Opinião Pública] Fundação Perseu Abramo e SESC [Internet].
46. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso. Rev Gaúcha Enferm 2014;35(1):157-60. .
47. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(6).
48. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(3).
49. Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico. [Tese de Doutorado] São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
50. Dias MAA. Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. O Mundo da Saúde São Paulo. 2006;abr/jun 30(2).
51. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: **Parto na Penumbra: vivências de enfermeiras obstétricas**

Pesquisadora Responsável: **Lívia Shélida Pinheiro Rodrigues**

Orientadora da Pesquisa: **Antonieta Keiko Kakuda Shimo**

Número do CAAE: 46281115.6.0000.0086

Você está sendo convidada a participar como voluntária de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se você não quiser participar ou quiser retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo em seu atendimento hospitalar.

Apresentação, justificativa e objetivos:

Eu, Lívia Shélida Pinheiro Rodrigues, sou enfermeira obstetra e aluna do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem/Unicamp – nível Mestrado, estou fazendo uma pesquisa cujo objetivo é analisar as vivências de enfermeiras obstetras que atenderam em ambiente com baixa luminosidade.

Procedimentos:

Este estudo terá como participantes enfermeiras obstétricas, que estão participando de uma outra pesquisa, cujo objetivo é o atendimento ao parto sob baixa luminosidade no centro obstétrico de um hospital municipal localizado na zona leste de São Paulo. Sua participação é voluntária. Caso você concorde em participar da pesquisa, agendaremos um dia e um horário de sua escolha, para realização de uma entrevista. O local da entrevista poderá ser em uma das dependências do hospital, onde haja tranquilidade para você falar sobre o assunto, ou algum outro local que você sugira e sinta-se a vontade para falar. A entrevista será individual e será gravada, com um gravador digital portátil e terá apenas uma pergunta. A duração da entrevista irá depender do tempo necessário para a sua resposta.

Desconfortos e riscos:

Esclareço que não há riscos físicos ou biológicos decorrentes deste projeto. No entanto há risco de eventual desconforto emocional que possa decorrer de alguma lembrança indesejada sobre o assunto e pequeno constrangimento inicial pela presença de um gravador.

Benefícios: Não terá benefício direto, porém, seu depoimento irá contribuir para a geração de conhecimento científico a respeito de assunto ainda pouco estudado: o

parto na penumbra. Assim, você estará contribuindo para o uso de possíveis formas alternativas de atendimento ao parto.

Responsabilidade financeira:

Você não terá nenhuma despesa, pois a entrevista ocorrerá dentro dos limites do hospital e também não receberá nenhuma remuneração pela sua participação. Afirmando que os custos deste estudo são de responsabilidade da pesquisadora.

Sigilo, privacidade e uso de imagem:

Afirmo que sua imagem não será utilizada e em momento algum sua imagem e/ou voz será publicada, ou seja, sua identidade será totalmente preservada. Alguns trechos de sua entrevista poderão ser publicados de forma escrita, entre aspas e sem identificação. Após o período de cinco anos de terminada a pesquisa, a gravação de sua entrevista será destruída.

Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificada com um nome fictício.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Livia Shélida Pinheiro Rodrigues, por meio dos seguintes contatos Alameda Rodrigo Brum, nº 1989, Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP – Cep: 03807-230 - Telefones: (11) 3394-8068 e (11) 98319-2834 - e-mail: liviashelida@gmail.com Em caso de denúncias ou reclamações éticas sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – CEP/SMS, por meio dos seguintes contatos: Rua General Jardim, 36, 1º andar, São Paulo/SP, Telefone: (11) 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecida sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome da participante: _____
RG: _____

(Assinatura da participante)

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Data: ____/____/____

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento à participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

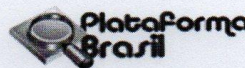
Assinatura do pesquisador:

Rubrica do pesquisador:_____ Rubrica do participante:_____

ANEXO 1



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PARTO NA PENUMBRA: vivências de enfermeiras obstétricas.

Pesquisador: Livia Shélida Pinheiro Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46281115.6.0000.0086

Instituição Proponente: FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.140.879

Data da Relatoria: 02/07/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado a este CEP como exigência parcial para a obtenção do título de mestre em enfermagem. Trata-se de um estudo qualitativo, com enfoque fenomenológico. A fenomenologia, como sentido formal de pesquisa, significa "deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra a partir de si mesmo". Neste estudo, participarão enfermeiras obstétricas que atuam no centro obstétrico de um hospital municipal de São Paulo e que realizam parto na penumbra. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas, o número da amostra não foi definido a priori, a pesquisadora menciona que será definido no transcorrer das entrevistas, ou seja, até que a pergunta seja respondida: "Como foi para você a experiência de atender a um parto na penumbra?" A análise será realizada de modo descritivo e, a partir da interpretação à luz dos pensamentos de Heidegger

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as vivências de enfermeiras obstetras que atenderam ao parto na penumbra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O pesquisador aponta que não há riscos físicos e biológicos decorrentes deste projeto. No entanto poderá haver eventual desconforto emocional decorrente de alguma lembrança indesejada sobre o assunto e algum constrangimento por estar sendo gravada a entrevista. Benefícios: Não haverá benefício direto, porém, o estudo pretende contribuir para a gerar conhecimento científico

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

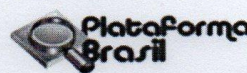
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 1.140.879

a respeito deste assunto ainda pouco estudado: o parto na penumbra.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos; a condição desconforto ao sujeito da pesquisa foi considerada pela pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida. A pesquisadora enviou uma carta ao CEP-SMS esclarecendo que havia feito cadastrado do projeto, inicialmente constando a Universidade da UNICAMPI como instituição proponente, porém, ao pedir autorização para coleta de dados no hospital municipal, foi orientada pelo RH, a cadastrar a SMS como proponente, pois deveria aparecer a SMS na folha de rosto, para que a Autarquia aprovasse. Deste modo menciona que enviou as duas folhas de rosto ao CEP. Informa, ainda que mudou o cadastro novamente, deixando a Universidade como instituição proponente. A pesquisadora apresenta autorização da autarquia para desenvolver o projeto.

Os critérios de inclusão são claros, os de e exclusão não foram mencionados. O cronograma de execução está adequado, o orçamento está adequado.

O TCLE está adequado e atende às exigências da resolução Res 466/12.

Recomendações:

Sugerimos que o projeto finalizado informe como foi feita a abordagem para convidar os sujeitos a participarem da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

CEP: 01.223-010

UF: SP

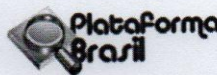
Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 1.140.879

aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 07 de Julho de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com